

Jean-Philippe Ernst | Mareike Kehl  
Michaela Thal | Dominik Groß  
(Hrsg.)



# Medizin Zwang Gesellschaft



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schriftenreihe Humandiskurs – Medizinische Herausforderungen in Geschichte und Gegenwart



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Über die Schriftenreihe

### Humandiskurs – Medizinische Herausforderungen in Geschichte und Gegenwart

Die Schriftenreihe begreift das Menschliche als integratives Zentrum der Fächertrias Medizingeschichte, Medizinethik und Medizinteorie („Medical Humanities“); sie verfolgt das Ziel, diejenigen Perspektiven zusammenzuführen, die den Menschen als Wesen in einem komplexen Spannungsfeld erkennen lassen: Der Mensch erfährt Bedrohungen durch Krankheit und Tod, aber auch die medizinischen Reaktionen darauf, unter sachlichen, sozialen und geistigen Bedingungen, die sich im Laufe der Zeit in praktischer und konzeptioneller Hinsicht ändern und insofern historisch aufzuarbeiten sind (Medizingeschichte). Zugleich ist es erforderlich, die theoretische Ordnung der konkreten Zugriffsweisen auf den Menschen zu reflektieren (Medizinteorie). Beides kann allerdings nicht geschehen, ohne dass Rechenschaft über die jeweils zugrunde gelegten, handlungs- und reflexionsleitenden Zielbestimmungen sowie den vorausgesetzten oder in Frage gestellten normativen Rahmen abgelegt wird (Medizinethik). In diesem Sinne versammelt die Schriftenreihe zum einen monographische Abhandlungen, zum anderen thematisch fokussierte Sammelbände, in denen Mitglieder des Aachener Instituts, Gastautoren sowie nicht zuletzt auch Nachwuchsforscher medizinhistorisch, medizinethisch und medizinteoretisch relevante Fragestellungen auf ihre zentrale anthropologische Dimension hin in den Blick nehmen. Dabei fokussiert sich die Schriftenreihe Humandiskurs besonders auf kontrovers diskutierte Problemfelder aus den besagten Querschnittsfächern.

#### **Herausgeber**

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß  
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Wendlingweg 2  
D - 52074 Aachen

Schriftenreihe Humandiskurs –  
Medizinische Herausforderungen in Geschichte und Gegenwart

Jean-Philippe Ernst | Mareike Kehl  
Michaela Thal | Dominik Groß (Hrsg.)

# Medizin – Zwang – Gesellschaft

mit Beiträgen von

Jean-Philippe Ernst | Hans Wolfgang Gierlichs | Dominik Groß  
Matthias Jäger | Mareike Kehl | Wulf Kellerwessel | Daniel Ketteler  
Eckhard Rohrmann | Michael Rosentreter | Werner Schüßler  
Anastasia Theodoridou | Stefanie Westermann



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Die Herausgeber

Jean-Philippe Ernst

Mareike Kehl

Dipl.-Bibl. Michaela Thal

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

Wendlingweg 2

52074 Aachen

Schriftleitung: Saskia Wilhelmy

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Zimmerstr. 11

10969 Berlin

[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)

ISBN 978-3-95466-181-7 (eBook: PDF)

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2012

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Silke Hutt, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

#### Erklärung der Herausgebenden:

Ursprünglich wurde in der Einleitung sowie in einigen Beiträgen dieses Bandes das „gender\_gap“ als Mittel zur sprachlichen Abbildung aller sozialen Geschlechter und -identitäten verwendet (z.B. „Patient\_innen“). Damit verbunden war eine Kritik an der (sprachlichen) Dominanz des Maskulinen und an der Hegemonie der Zweigeschlechtlichkeit in Medizin und Gesellschaft. Diese Schreibweise widersprach jedoch den Richtlinien des Verlages und konnte leider nicht umgesetzt werden.



## Inhalt

Zwang im Kontext von Medizin und Gesellschaft – Einleitende Bemerkungen____	IX
<i>Mareike Kehl und Jean-Philippe Ernst</i>	
<b>A Philosophische Aspekte des Zwangs in der Medizin _____</b>	<b>1</b>
Philosophische Betrachtungen zum Thema „Zwang“ – sprachphilosophische, moralphilosophische und medizinethische Perspektiven _	3
<i>Wulf Kellerwessel</i>	
Zwang – das „fremde Werk“ der Liebe. Zu Paul Tillichs Ontologie der Macht, Gerechtigkeit und Liebe _____	19
<i>Werner Schüßler</i>	
<b>B Psychiatrische Aspekte des Zwangs in der Medizin _____</b>	<b>35</b>
„Bitte nehmen Sie doch diese Tabletten, sonst müssen wir noch spritzen ...“ Zwang in der Psychiatrie aus linguistischer Sicht _____	37
<i>Daniel Ketteler, Anastasia Theodoridou und Matthias Jäger</i>	
Psychiatrische Patientenverfügungen als Antwort auf Zwang in der Medizin?____	45
<i>Jean-Philippe Ernst</i>	
<b>C Historische, kulturelle und politische Aspekte des Zwangs in der Medizin _____</b>	<b>69</b>
„Das Übel an der Wurzel fassen“: Eugenische Zwangseingriffe – Täter- und Opferperspektiven _____	71
<i>Stefanie Westermann</i>	
Behinderung und Gesellschaft – die Lebenssituation behinderter Menschen in Deutschland im Spannungsfeld zwischen selbstbestimmter Teilhabe und Menschenrechtsverletzungen _____	91
<i>Eckhard Rohrmann</i>	
Flucht, Asyl und Staat. Die Rolle der Heilberufler _____	119
<i>Hans Wolfgang Gierlichs</i>	
Hungerstreik und Zwangsernährung: Ergebnisse einer Studierendenbefragung _	139
<i>Dominik Groß, Mareike Kehl und Michael Rosentreter</i>	
Kurzbiographien der Autorinnen und Autoren _____	158



# Zwang im Kontext von Medizin und Gesellschaft – Einleitende Bemerkungen

Mareike Kehl und Jean-Philippe Ernst

Autonomie stellt wohl *das* Prinzip des zeitgenössischen medizinethischen Diskurses dar. In den Debatten um Patientenverfügungen, Sterbehilfe und Pränatalmedizin beispielsweise kommt der Selbstbestimmung der Patienten<sup>1</sup> die zentrale Rolle zu. Für Tom Beauchamp und James Childress, den Begründern des aktuell wohl einflussreichsten Konzepts innerhalb der Medizinethik, ist der *Respekt vor der Patientenautonomie* eines von vier Prinzipien, die in der Medizin *normative* Geltung haben.<sup>2</sup> In dem vorliegenden Band steht hingegen das Gegenteil von Selbstbestimmung im Fokus: medizinischer Zwang.

Zwang im Kontext der Medizin findet sich in den unterschiedlichsten Formen. Am offensichtlichsten ist er dort, wo er einer gesetzlichen Regelung unterliegt. Verschiedene Gesetze in der BRD, die das *Grundrecht der Freiheit der Person* einschränken, „legitimieren“ in bestimmten Fällen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen durch Mediziner.<sup>3</sup> Beispiele dafür stellen nicht nur das Betreuungsrecht und die psychiatrischen Unterbringungsgesetze der Bundesländer dar, die geschlossene Unterbringungen und Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen „ermöglichen“, darüber hinaus aber ebenfalls den

- 
- 1 In dieser Einleitung wie auch in den Beiträgen wurde versucht, geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen zu verwenden. Wo das nicht möglich war, wird aus Gründen der Lesbarkeit das generische Maskulinum benutzt.
  - 2 Vgl. Beauchamp/Childress (2009), S. 99ff.
  - 3 Vgl. dazu auch den Beitrag von *Jean-Philippe Ernst* in diesem Band.

„Aufenthalt im Freien“, persönlichen Besitz, den Empfang von Besuch, die freie Kommunikation und – durch Fixierungen – nahezu jegliche Bewegungsfreiheit unter Vorbehalt stellen.<sup>4</sup> Auch das Infektionsschutzgesetz – in den Abschnitten zu *Quarantäne* und *Schutzimpfungen*<sup>5</sup> – und erst recht das Familienrecht in Bezug auf die medizinische Versorgung von Minderjährigen<sup>6</sup> haben eine ähnliche Reichweite. Der Verweis auf diese gesetzlichen Regelungen soll allerdings nicht besagen, dass solche expliziten medizinischen Zwangsmaßnahmen nicht auch außerhalb des rechtlich Genehmigten vorkommen. Insbesondere im Bereich der stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung ist von einer hohen Dunkelziffer solcher Zwangsmaßnahmen auszugehen.<sup>7</sup>

Je weniger offen und öffentlich solche Strukturen und je länger die Aufenthaltszeiten sind, desto stärker lassen sich auch heute noch zentrale Aspekte von Erving Goffmans Konzept der „totalen Institution“, das er unter dem Eindruck eigener Beobachtungen in „Irrenhäusern“ der 1950er Jahre formuliert hatte, auffinden. Unter „totalen Institutionen“ verstand Goffman soziale Einrichtungen, die folgende Kriterien aufweisen:

1. *„1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.“*
2. *2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.“*
3. *3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.“*
4. *4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“<sup>8</sup>*

Goffmans Beschreibung der Heteronomie in „totalen Institutionen“ beschränkt sich nicht auf Aspekte expliziten Zwangs, sondern schließt vielfache Formen impliziten Fremdbestimmtheits mit ein – beispielsweise eine ständige Kontrolle sowie ein System von Belohnungen und Bestrafungen im Kontext

---

4 Vgl. beispielsweise die Bestimmungen des nordrhein-westfälischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (*PsychKG*).

5 Vgl. Infektionsschutzgesetz, § 20 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, § 30 Quarantäne.

6 Vgl. BGB, § 1631b.

7 Diesbezügliche Hinweise für den „Heimbereich“ finden sich beispielsweise bei Regus (2006) sowie bei Meyer et al. (2008), S. 985.

8 Vgl. Goffman (1961/1981), S. 17.

eines starken Machtgefälles.<sup>9</sup> Andere Beispiele für eine derartige Fremdbestimmung, die in der Literatur beschrieben wurden, sind beispielsweise Überredungen, Täuschungen, Drohungen und Machtdemonstrationen.<sup>10</sup>

Inwiefern auch solche Formen unter den Begriff des Zwangs zu fassen sind, ist umstritten, auch unter den in diesem Band versammelten Autoren.<sup>11</sup> Diese Einleitung geht von einem weiten Verständnis von medizinischem Zwang aus, das auch diese impliziten Formen mit einschließt. Die Grenze zwischen *explizit* und *implizit* erscheint dabei fließend, wenn auch Formen expliziten Zwangs den Handlungsspielraum der Betroffenen im Allgemeinen noch stärker eingrenzen als implizite Formen. Die Bezeichnung *implizit* besagt allerdings nicht, dass diese notwendig weniger belastend oder in moralischer Hinsicht eher gerechtfertigt sind.

Außerhalb von stationären Versorgungssystemen stellen diese mehr impliziten Formen wohl die häufigere Variante von medizinischem Zwang dar. Dies trifft auch auf die Bereiche der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu, die im Prozess der Deinstitutionalisierung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts<sup>12</sup> von stationär nach ambulant verschoben wurden. Dieser Prozess führte für viele Betroffene zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung in vielen Lebensbereichen. Zum Teil besteht die Heteronomie allerdings in veränderter Form fort, beispielsweise durch regelmäßige Kontrollen. Auch Aussagen, die bei den Betroffenen darauf hinwirken sollen, ambulante Termine einzuhalten, um nicht erneut stationär untergebracht werden zu müssen, mögen gut gemeint sein, können aber je nach Kontext und Machtverhältnis die Kriterien einer Drohung erfüllen.<sup>13</sup>

Medizinischer Zwang in seinem weiten, impliziten Sinne kann aber auch dort vorliegen, wo Medikalierungsprozesse Entscheidungs- und Handlungsspielräume präformieren. Der medizinische Blick auf Phänomene legt gewisse Herangehensweisen nahe und schließt andere aus. Beispielsweise hat ein medizinisches Verständnis von „Behinderung“ ganz andere Implikationen für die Bildungs- und Sozialpolitik als ein gesellschaftliches Verständnis.<sup>14</sup> Eine *zunehmende* Medikalierung ist in den letzten Jahrzehnten insbesondere für das „Altern“ zu beobachten. Was ehemals als „normaler“ Vorgang begriffen wurde, wird nun zum Gegenstand von Diagnostik und Therapie – für Menschen im höheren Lebensalter geht dies mit einem wachsenden Druck einher,

---

9 Vgl. Täubig (2009), S. 48.

10 Vgl. Lidz et al. (1998).

11 Vgl. innerhalb dieses Bandes die Beiträge von *Wulf Kellerwessel*, der eine enge Definition vertritt, um den Begriff des Zwangs von anderen Formen der Einflussnahme abzugrenzen, sowie von *Daniel Ketteler*, *Anastasia Theodoridou* und *Matthias Jäger*, die den Zwangs-Begriff beispielsweise auch für Täuschungen und Drohungen, Überredungen/Überzeugungen und Präferenzerfragungen verwenden.

12 Vgl. Lamb/Bachrach (2001).

13 Beispiel aus dem Beitrag von *Daniel Ketteler*, *Anastasia Theodoridou* und *Matthias Jäger* in diesem Band.

14 Vgl. den Beitrag von *Eckhard Rohrmann* in diesem Band.

mittels diverser Anti-Aging-Maßnahmen entgegenzusteuern.<sup>15</sup> Auch für den Bereich der Humangenetik sind Formen impliziten Zwangs – hier unter dem Stichwort „Genetifizierung“ – beschrieben worden.<sup>16</sup> Dargestellt wurde dies u. a. am Beispiel Zyperns, wo seit den frühen 1970er Jahren verschiedene direkte Strategien unternommen wurden, um die Verbreitung der Thalassämie „einzudämmen“ – in Form von „Informationskampagnen“, kostenlosen genetischen Screenings für alle Einwohner sowie offensiv beworbenen Möglichkeiten von Pränataldiagnostik und selektivem Schwangerschaftsabbruch. Zwar waren diese prädiktiven Angebote offiziell alle freiwillig, dennoch ist zu fragen, welche Selbstbestimmungsräume in einem solch direktiven Setting und angesichts damit einhergehender sozialer Kontrolle verbleiben.<sup>17</sup>

Das Verständnis solcher Medikalisierungsprozesse als Formen impliziten Zwangs schließt mögliche positive Effekte nicht aus. Gerade auch im höheren Lebensalter können medizinisch-medizintechnologische Entwicklungen sehr wohl neue Möglichkeiten der Selbstbestimmung eröffnen. Eine einseitige Einordnung der Prozesse als autonomiefördernd, wie sie durchaus im Interesse von beteiligten Unternehmen, Politik und Verwaltung, aber auch der medizinischen Professionen sein kann und recht verbreitet ist, greift jedoch zu kurz. Es ist Aufgabe kritischer Wissenschaft, die Analyse insbesondere auf die Schattenseiten solcher Prozesse zu richten.

Definition und Bedeutung von Zwang unterliegen unterschiedlichen und sich verändernden Interpretationen, die durch Deutungskämpfe, durch gesellschaftliche, kulturelle, medizinische und psychologische Diskurse beeinflusst werden. Und in diesem Sinne ist nach dem Verhältnis von Zwang, Wissen und Macht zu fragen.<sup>18</sup> Michel Foucault hat auf eine enge Verschränkung von Wissen und Macht hingewiesen, die weit darüber hinausgeht, dass Wissen traditionell als eine Bedingung für Macht angesehen wird:

*„Man muß wohl auch einer Denktradition entsagen, die von der Vorstellung geleitet ist, daß es Wissen nur dort geben kann, wo die Machtverhältnisse suspendiert sind, daß das Wissen sich nur außerhalb der Befehle, Anforderungen, Interessen der Macht entfalten kann. [...] Eher ist wohl anzunehmen, dass die Macht Wissen hervorbringt (und nicht bloß fördert, anwendet, ausnutzt); dass Macht und Wissen einander unmittelbar einschließen; dass es keine Machtbeziehung gibt, ohne dass sich ein entsprechendes Wissensfeld konstituiert, und kein Wissen, das nicht gleichzeitig Machtbeziehungen voraussetzt und konstituiert.“<sup>19</sup>*

Eine solche Vorstellung hat insbesondere für die Medizin weitreichende Implikationen. Medizinisches „Wissen“ geht mit der Macht einher, zu definie-

---

15 Vgl. Estes/Binney (1989) sowie Katz (2000).

16 Vgl. Árnason/Hjörleifsson (2007).

17 Vgl. Hoedemaekers/ten Have (1998).

18 Vgl. hierzu auch den Beitrag in diesem Band von Werner Schüßler zur Ontologie der Macht bei Paul Tillich.

19 Vgl. Foucault (2008), S. 730.

ren, was als „gesund“ und was als „krank“ gilt, was als „normal“ und was als „abweichend“; und dadurch wird neues „Wissen“ generiert. Diese Definitionsmacht der Medizin liegt allen Formen medizinischen Zwangs zugrunde; ohne sie wären weder psychiatrische Zwangsmaßnahmen noch Seuchenschutzmaßnahmen noch die Formen impliziten Zwangs möglich. In Anknüpfung daran ist auch zu fragen, welche Rolle der Medizinethik hier zukommt.<sup>20</sup>

Beachtung verdienen darüber hinaus die konkreten Wechselwirkungen zwischen Medizin und Gesellschaft, die explizite, aber auch implizite Zwänge in der Medizin bzw. durch die Medizin evozieren und verstärken können, die aber auch in einem noch grundsätzlicheren Sinne den jeweiligen Beurteilungsrahmen medizinischer Zwangsmaßnahmen beeinflussen. Hier können die Dichotomie von Geschlechtskonstruktionen, der die Einordnung einer Geschlechtsidentität in einem medizinisch-diagnostizierenden Kontext zugrunde liegt, und andere gesellschaftliche Normierungsbedürfnisse als Beispiele genannt werden.

Zudem kommt es aber auch im Rahmen staatlicher Zwangsmaßnahmen zur Einbindung von Medizinern. Bei Abschiebungen werden sie mit der Aufgabe betraut, die Unbedenklichkeit von Maßnahmen zu attestieren, die keinen medizinischen Zweck haben, sondern der Aufrechterhaltung einer exkludierenden staatlichen „Ordnung“ dienen.<sup>21</sup> Auch bei der Zwangsernährung von hungerstreikenden Gefangenen sind Ärzte im Einsatz, obwohl diese Praxis häufig medizinethischen Prinzipien widerspricht.<sup>22</sup>

Zuletzt gilt es auch, die historische Dimension von medizinischem Zwang in den Blick zu nehmen. Ist die Geschichte der Medizin eine Entwicklung hin zu weniger Zwang, oder nimmt dieser Zwang nur andere Formen an? Wie ist das Verhältnis von Moderne und Zwang zu bestimmen? Hierbei kommt es allerdings nicht nur darauf an, die historischen Begründungen und Praktiken medizinischen Zwangs aufzuspüren, sondern ganz besonders auch darauf, den Perspektiven der Opfer nachzugehen<sup>23</sup> sowie Formen der Kritik, des Widerstands und der Alternativen zu untersuchen.

Der vorliegende Band *Medizin – Zwang – Gesellschaft* basiert auf einem gleichnamigen Workshop, der am 2. und 3. Juli 2010 am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen stattfand. Bis auf den Beitrag von *Dominik Groß, Mareike Kehl und Michael Rosentreter* waren die hier versammelten Artikel allesamt auch als Referate auf dem Workshop vertreten.

---

20 Vgl. beispielsweise Lysaught (2009) für eine Kritik der Medizinethik aus Foucaultscher Perspektive.

21 Vgl. auch den Beitrag von *Hans Wolfgang Gierlichs* in diesem Band.

22 Vgl. den Beitrag von *Dominik Groß, Mareike Kehl und Michael Rosentreter* in diesem Band.

23 Vgl. in diesem Band den Beitrag von *Stefanie Westermann* zu Täter- und Opferperspektiven auf Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus.

Ausgehend von dem oben skizzierten breiten Verständnis von Zwang ist zu betonen, dass zahlreiche aufgeworfene Themenfelder in diesem Buchband z.T. nur sehr punktuell behandelt werden, z.T. sogar völlig fehlen. Der Bereich expliziter Zwangsmaßnahmen ist deutlich stärker vertreten als der des impliziten Zwangs; eine Auseinandersetzung mit der medizinischen Deutungs- und Definitionsmacht findet nur am Rande statt. Auch geschichtliche Aspekte werden zwar in verschiedenen Texten berührt, eine primär historische Fragestellung im engeren Sinne hat allerdings nur der Beitrag von *Stefanie Westermann* zu nationalsozialistischen Zwangssterilisationen. Fast völlig abwesend sind leider auch die internationale Dimension von Zwang in der Medizin sowie der Zusammenhang zwischen Armut und Unfreiheit. Vor diesem Hintergrund versteht sich dieser Band vornehmlich als möglicher Anstoß zu einer – hoffentlich intensiven – künftigen Auseinandersetzung mit medizinischem Zwang in seinen zahlreichen Facetten.

Der vorliegende Buchband ist in drei Sektionen gegliedert. Die erste Sektion trägt den Titel *Philosophische Aspekte medizinischen Zwangs* und beginnt mit einem Beitrag von *Wulf Kellerwessel*, der Zwang aus verschiedenen philosophischen Perspektiven untersucht. Ausgehend von einem engen Verständnis des Begriffes (siehe oben), analysiert er *Zwang* zuerst sprachphilosophisch und kommt zu dem Schluss, dass Wittgensteins Konzept der Familienähnlichkeit geeignet ist, die Bedeutung des Begriffes adäquat zu erfassen. Anschließend überlegt Kellerwessel, welche Zwangsmaßnahmen moralisch legitimiert werden können, welche hingegen nicht, und welche Gründe hierfür ausschlaggebend sind. Dabei rekurriert er auf liberale Konzeptionen von John Stuart Mill und Joel Feinberg sowie auf eigene diskursethische resp. diskursanalytische Überlegungen und überträgt diese auf den medizinischen Kontext.

Der Beitrag von *Werner Schüßler* befasst sich mit der Ontologie der Macht, Gerechtigkeit und Liebe, wie sie der Philosoph und evangelische Theologe Paul Tillich (1886–1965) entwickelt hat. Für Tillich sind die Begriffe Sein und Macht austauschbar, denn Sein bedeutet immer schon Seinsmächtigkeit. In dieser Weise ist Macht nicht identisch mit Gewalt oder Zwang. Da der Grad von Seinsmächtigkeit, den ein Wesen besitzt, sich aber meist erst in der Begegnung mit anderen Mächtigkeiten offenbart, ist Gewalt oder Zwang oft unvermeidlich, was auch den tragischen Charakter alles Lebendigen ausmacht. Ein notwendiges Korrektiv bilden hier Gerechtigkeit und Liebe, in die Macht nach Tillich einzubetten ist, um zu verhindern, dass diese nichts weiter ist als Gewalt oder Zwang.

*Psychiatrische Aspekte medizinischen Zwangs* werden in den Beiträgen der zweiten Sektion untersucht. *Daniel Ketteler*, *Anastasia Theodoridou* und *Matthias Jäger* analysieren Zwang in der Psychiatrie dabei zunächst aus linguistischer Sicht. Ausgehend von einem weiten Zwangs-Verständnis (siehe oben) konnten sie – neben den expliziten Formen von Zwanganwendung in der Psychiatrie – verschiedene alltägliche praktische Situationen identifizieren, in denen auf psy-

chirurgische Patienten sprachliche Formen von Zwang ausgeübt werden. Vermeintlich gut gemeinte „Empfehlungen“ imponieren im Kontext einer psychiatrischen Akutstation linguistisch als Drohungen, die nur scheinbar einen Handlungsspielraum für die Betroffenen offen lassen.

Der folgende Aufsatz von *Jean-Philippe Ernst* untersucht, inwiefern Patientenverfügungen, die bislang vorwiegend für Entscheidungen am Lebensende ausgestellt werden, auch auf Situationen „psychiatrischer Eigengefährdung“ anwendbar sind und in diesen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen stärken können. Er kommt zu dem Schluss, dass die „Logik“, die solchen Voraussetzungen inhärent ist, sich auch auf solche – in vielerlei Hinsicht moralisch konflikthafte – Konstellationen beziehen kann und daher geeignet ist, das Machtgefälle in der Psychiatrie zu verschieben und Zwang zu reduzieren.

*Historische, kulturelle und politische Aspekte medizinischen Zwangs* stellen das Thema der dritten Sektion dar. *Stefanie Westermann* setzt sich in ihrem geschichtswissenschaftlichen Beitrag mit nationalsozialistischen Zwangssterilisationen auseinander und untersucht die Perspektiven von Opfern und Tätern. Sie zeichnet zuerst die Entwicklung eugenischen Gedankenguts in der Moderne nach – von seinen Anfängen im 19. Jahrhundert über seine zunehmende Zuspitzung nach dem Ersten Weltkrieg bis hin zu seiner radikalsten und grausamsten Verwirklichung im Nationalsozialismus –, zeigt aber auch, dass diese Denkkategorien 1945 nicht abrupt verschwanden. Der größte Teil ihres Beitrages widmet sich dann der Perspektive der Opfer von Zwangssterilisationen: Mittels Briefen stellt Westermann dar, welche Spuren diese Zwangsmaßnahmen, aber auch der gesellschaftliche Umgang damit nach dem Krieg, bei Betroffenen hinterließen.

Der Aufsatz von *Eckhard Rohrmann* analysiert die Lebenssituation behinderter Menschen in Deutschland im Spannungsfeld zwischen selbstbestimmter Teilhabe und Menschenrechtsverletzungen. Einerseits stellt er einen Wandel des Behinderungsverständnisses in den letzten Jahrzehnten fest, der von Aktivisten der Behindertenbewegung erkämpft wurde und Räume für mehr Selbstbestimmung eröffnet, andererseits aber auch eine Bildungs- und Sozialpolitik, die weiterhin von einem „ontologisch“-medizinischen Behinderungsbegriff ausgeht und – gerade unter den Bedingungen sozialer Kürzungen – die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung erheblich einschränkt.

*Hans Wolfgang Gierlichs* geht in seinem Beitrag der Rolle von Heilberuflern in der staatlichen Flüchtlings- und Asylpolitik nach. Er weist anhand verschiedener Beispiele aus den letzten Jahren nach, dass diese Berufsgruppen im Asylverfahren sowie bei Abschiebungen sowohl wachsendem Druck durch den Staat ausgesetzt sind als auch selbst oft großen Zwang auf Flüchtlinge ausüben. Für traumatisierte Flüchtlinge geht diese Praxis mit einer erheblichen Reaktualisierungsfahrer einher. Gierlichs schlussfolgert, dass an Gutachter hohe An-

forderungen in den Bereichen Psychotraumatologie, Begutachtung und kulturelle Kenntnisse zu stellen sind.

Der abschließende Aufsatz von *Dominik Groß*, *Mareike Kehl* und *Michael Rosentreter* präsentiert die Ergebnisse einer empirischen Studie zu Zwangsernährung bei Hungerstreik im Gefängnis. Hierbei wurden Studierende der medizinischen Fakultät – d.h. Personen, die ihre „medizinische Sozialisation“ noch vor sich haben – nach ihren Einstellungen zu diesem Thema befragt. Sofern bei den Hungerstreikenden weder eine akute Lebensgefährdung noch eine fehlende Einwilligungsfähigkeit vorlag, äußerte sich die Mehrheit ablehnend gegenüber solchen Zwangsmaßnahmen. Die Autoren des Beitrages schließen aus den Ergebnissen, dass die Befragten dem Autonomie-Prinzip im medizinischen Handeln große Bedeutung zumessen.

## Literatur

- Árnason/Hjörleifsson (2007): Vilhjálmur Árnason, Stefán Hjörleifsson, Geneticization and bioethics: advancing debate and research, *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (2007), pp. 417–431
- Beauchamp/Childress (2009): Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 6th Edition, Oxford 2009
- Estes/Binney (1989): Carroll L. Estes, Elizabeth A. Binney, The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas, *The Gerontologist* 29 (1989), pp. 587–596
- Foucault (2008): Michel Foucault, Überwachen und Strafen, in: Michel Foucault, *Die Hauptwerke*, Frankfurt a.M. 2008, S. 701–1019
- Goffman (1961/1981): Erving Goffman, *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, 4. Aufl., Frankfurt a.M. 1981
- Hoedemaekers/ten Have (1998): Rogeer Hoedemaekers, Henk ten Have, Geneticization: The Cyprus Paradigm, *Journal of Medicine and Philosophy* 23 (1998), pp. 274–287
- Katz (2000): Stephen Katz, *Busy Bodies: Activity, Aging, and the Management of Everyday Life*, *Journal Of Aging Studies* 14 (2000), pp. 135–152
- Lamb/Bachrach (2001): H. Richard Lamb, Leona L. Bachrach, Some Perspectives on Deinstitutionalization, *Psychiatric Services* 52 (2001), pp. 1039–1045
- Lidz et al. (1998): Charles W. Lidz, Edward P. Mulvey, Steven K. Hoge, Brenda L. Kirsch, John Monahan, Marlene Eisenberg, William Gardner, Loren H. Roth, Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process, *American Journal of Psychiatry* 155 (1998), pp. 1254–1260
- Lysaught (2009): M. Therese Lysaught, *Docile Bodies: Transnational Research Ethics as Biopolitics*, *Journal of Medicine and Philosophy*, 34 (2009), pp. 384–408
- Meyer et al. (2008): Gabriele Meyer, Sascha Köpke, Burkhard Haastert, Ingrid Mühlhauser, Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study, *Journal of Clinical Nursing* 18 (2008), pp. 981–990
- Regus (2006): Michael Regus, *Freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen – Ergebnisse eines Projektes zur kommunalen Psychiatrieberaterstattung in Nordrhein-Westfalen*, *Der Nervenarzt* 77 (2006), S. 430
- Täubig (2009): Vicki Täubig, *Totale Institution Asyl: Empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration*, Weinheim, München 2009

# A

## Philosophische Aspekte des Zwangs in der Medizin

Philosophische Betrachtungen zum Thema „Zwang“ –  
sprachphilosophische, moralphilosophische und medizinethische Perspektiven \_\_ 3  
*Wulf Kellerwessel*

Zwang – das „fremde Werk“ der Liebe. Zu Paul Tillichs Ontologie der Macht,  
Gerechtigkeit und Liebe \_\_\_\_\_ 19  
*Werner Schüßler*